



## BURIAL FUND PROVISION SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME (SSI) RELATED

## STATEMENT OF APPLICANT/ RECIPIENT OR OTHER PERSON

ПОЛОЖЕНИЕ О СРЕДСТВАХ НА ПОХОРОНЫ КЛИЕНТОВ ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО  
ОБЕСПЕЧЕНИЯ (SSI)

## ЗАЯВЛЕНИЕ ПОДАТЕЛЯ ЗАЯВЛЕНИЯ/ПОЛУЧАТЕЛЯ ПОМОЩИ ИЛИ ДРУГОГО ЛИЦА

CASE NAME

CASE NUMBER

ИМЯ ПОДАТЕЛЯ ЗАЯВЛЕНИЯ/ПОЛУЧАТЕЛЯ ПОМОЩИ

ИМЯ ЛИЦА, ДЕЛАЮЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЕ (ЕСЛИ ЭТО НЕ ВЫШЕУКАЗАННЫЙ ПОДАТЕЛЬ  
ЗАЯВЛЕНИЯ/ПОЛУЧАТЕЛЬ ПОМОЩИ)

РОДСТВО

**Понимая, что это заявление предназначено для использования Отделом Социального Обслуживания и Здравоохранения, я настоящим  
удостоверяю, что:**

Я понимаю, что программа Медикейд позволяет отложить деньги на похороны.

У меня в настоящее время не отложено никаких денег на похороны. Если я отложу деньги на похороны в будущем, я сообщу об этом.

У меня отложены деньги на похороны, и нижеприведённая информация, насколько мне известно, правильная и полная.  
Настоящим я определяю нижеуказанные деньги в качестве денег, отложенных на похороны.

\$ \_\_\_\_\_ для меня       \$ \_\_\_\_\_ для моей(его) супруги(a)

Эти деньги хранятся на отдельном счету.

Эти деньги не хранятся на отдельном счету. Будет ли остаток счёта использован на похороны?

Да

Нет

Деньги хранятся:

На банковском счету; номер счёта \_\_\_\_\_

В страховом полисе; номер страхового полиса \_\_\_\_\_ Дата страхового полиса: \_\_\_\_\_

Другое (укажите): \_\_\_\_\_

БАНК, СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ, ПОХОРОННОЕ БЮРО, ГДЕ ХРАНЯТСЯ ДЕНЬГИ, ИЛИ РОДСТВЕННИК ИЛИ ДРУГ, У КОТОРОГО ХРАНЯТСЯ ДЕНЬГИ

ИМЯ	ТЕЛЕФОН
-----	---------

УЛИЦА И НОМЕР ДОМА	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
--------------------	-------	------	-----------------

ИМЯ	ТЕЛЕФОН
-----	---------

УЛИЦА И НОМЕР ДОМА	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
--------------------	-------	------	-----------------

Я понимаю, что я должен сообщать о следующем в Отдел Социального Обслуживания и Здравоохранения:

- обо всех случаях использования денег, предназначенных для похорон, для какой-либо другой цели, не связанной с похоронами.
- обо всех случаях изъятия денег или взятия денег взаймы со счёта, под страховой полис или из фонда.
- обо всех вкладах на счёт или в фонд.
- обо всех процентах, выплаченных мне или моей(ему) супруге(y), которые не были оставлены на счёту для накопления.
- обо всех купленных или подаренных других страховках жизни, контрактах на похороны, деньгах и т.д..

Я также понимаю, что, если любые средства, предназначенные для похорон, будут использованы в других целях, то вся использованная сумма может считаться доходом, имеющимся в моём распоряжении в месяце изъятия, и это может отразиться на моём праве на помощь.

Я знаю, что человек, делающий ложное заявление или умышленноискажающий существенные факты (или заставляющий других это делать) в форме заявления или для использования при определении права на оплату обслуживания по программе медицинской помощи, совершает преступление, наказуемое по федеральному и/или штатному закону. Я подтверждаю, что информация, предоставленная мной в этом документе, правильна. Я получил(а) копию этого документа.

ПОЛПИСЬ ЧЕЛОВЕКА, ДЕЛАЮЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЕ (ИМЯ, ИНИЦИАЛ ВТОРОГО ИМЕНИ, ФАМИЛИЯ) ПИШИТЕ ЧЕРНИЛАМИ	ДАТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
---	------	----------------